

(様式第1号)

応 募 申 込 書

令和 年 月 日

公立大学法人大阪 理事長 様

住 所 又 は
事 務 所 所 在 地
商 号 又 は 名 称
代 表 者 職 氏 名

印

「大阪公立大学医学部附属病院デジタルサイネージ等設置運営事業 事業者募集要項」、「大阪公立大学医学部附属病院デジタルサイネージ等設置運営事業仕様書」、契約書案並びに関係諸規定の内容を承諾の上、次のとおり申込みます。

また、この申込書に記載した事項について、すべて事実と相違ないことを誓約します。
なお、ホームページに応募価格及び事業者名を掲載することに同意します。

1. 案件名

大阪公立大学医学部附属病院デジタルサイネージ等設置運営事業

2. 応募資格要件

本案件の募集要項「2. 応募資格要件」をすべて満たしていることに相違ありません。

担当者氏名

電 話 番 号

F A X 番 号

メールアドレス